



Member Reimbursement Request Form

Form para sa Pag-claim

Kung nakatanggap ka ng bayarin na hindi mo nabayaran, huwag kumpletihin ang form na ito. Tawagan niyo kami sa lalong madaling panahon sa **(800) 863-4155** para sa tulong. Ang mga user ng TTY ay maaaring tumawag sa California Relay Service sa **(800) 735-2929** o tumawag sa **711**.

Seksyon 1. Impormasyon ng Miyembro (taong nakatanggap ng mga serbisyo)

Pangalan	Apilyedo			M.I.
Address ng kalye (mangyaring isama ang apt. no.)	Lunsod	Estado	Zip code	
Phone number	Pinakaangkop na oras sa araw para tawagan ka			
Numero ng ID card ng Partnership	Petsa ng kapanganakan (MM/DD/YYYY)			

Seksyon 2. Sino ang maaari naming kausapin kung mayroon kaming mga katanungan?

Pangalan	Apilyedo			
Phone number	Pinakaangkop na oras sa araw para tawagan ka			
Kaugnayan sa Miyembro: <input type="checkbox"/> Sarili <input type="checkbox"/> Asawa <input type="checkbox"/> Anak na lalaki <input type="checkbox"/> Anak na babae <input type="checkbox"/> Iba pa _____				

Seksyon 3. Kanino dapat ibigay ang tseke? Saan mo ito gustong ipadala? Ang pagbabayad ay hindi garantisado

Pangalan	Apilyedo			
Address ng kalye (mangyaring isama ang apt. no.)	Lunsod	Estado	Zip code	

Seksyon 4. Magkano ang pera na gusto mong ibalik sa iyo ng Partnership? \$ _____

Seksyon 5. Sabihin sa amin ang dahilan kung bakit ka nagbayad para sa mga serbisyonang ito.

Aking pinatutunayan na, ayon sa aking pinakamahasag na kaalaman, ang impormasyon sa **form** na ito ay totoo at wasto.

Lagda	Naka-print na pangalan	Petsa (MM/DD/YYYY)
-------	------------------------	--------------------

Ang pagkumpleto ng form na ito ay hindi gumagarantiya ng reimbursement o bayad.



Member Reimbursement Request Form

Form para sa Pag-claim

Paano Gamitin ang Form na Ito

Gamitin ang form na ito kung ikaw ay isang miyembro ng Partnership sa oras na nakakuha ka ng mga serbisyo. Gumamit ng hiwalay na form para sa bawat miyembro at **isama ang lahat ng kinakailangang dokumento na nakalista sa ibaba.**

Mga Serbisyo sa Parmasya (mga iniresetang gamot):

- Mga petsa ng serbisyo sa o pagkatapos ng Enero 1, 2022, huwag kumpletuhin ang form na ito; tumawag sa Medi-Cal Rx sa **(800) 977-2273** para sa tulong.
- Mga petsa ng serbisyo bago ang Enero 1, 2022, mangyaring kumpletuhin ang form na ito at ipadala ang mga sumusunod sa Partnership:
 1. Resibo ng parmasya (ibinigay sa iyo na may babala sa gamot, hindi ang resibo mula sa cash register)
 2. Katunayan ng pagbabayad

Lahat ng iba pang mga serbisyo:

1. Pinalistahang Bill (bill na naglalaman ng lahat ng mga serbisyong ibinigay)
2. Katunayan ng pagbabayad
3. Kinakailangan ang mga medikal na tala para sa mga serbisyong natanggap sa labas ng estado ng California o kapag hiniling

Dapat punan mo ang lahat ng seksyon ng form na ito at **isama ang lahat ng kailangang dokumentong nakalista sa itaas.**

Kung kailangan namin ng higit pang impormasyon, tatawagan ka namin.

Seksyon 1. Impormasyon ng Miyembro

Ang seksyong ito ay para sa miyembro na nakatanggap ng mga serbisyo.

Seksyon 2. Sino ang kakausapin namin kung may mga tanong kami?

Ang seksyong ito ay nagtatanong kung sino ang kakausapin namin kung may mga tanong kami. Kung ito ay isa na hindi miyembro o magulang ng menor-de-edad, kakailanganing kumpletuhin ng taong ito ang form ng Awtorisadong Kinatawan.

Seksyon 3. Kung maaprubahan, kanino ipapangalan ang tsekeng ibibigay?

Ang seksyong ito ay humihingi ng impormasyon kung kanino dapat ibigay ang tseke at kung saan ito ipapadala.

Seksyon 4. Sabihin sa amin ang halaga na gusto mong bayaran ka ng Partnership.

Seksyon 5. Ibigay sa amin ang dahilan kung bakit ikaw o iba ang nagbayad para sa mga serbisyo."

Ang seksyong ito ay para malaman namin kung bakit kinailangang bayaran ng isang tao ang mga serbisyong ito.

I-fax o ipadala sa pamamagitan ng mail ang buong form na ito at ang mga kinakailangang dokumento sa Partnership.

- Fax sa (707) 863-4415
- Mail to: Partnership HealthPlan of California, Attention EUnit, 4665 Business Center Drive, Fairfield, CA 94534



Member Reimbursement Request Form

Form para sa Pag-claim

Tatawagan ka namin o magpapadala kami ng sulat upang ipaalam ang aming desisyon sa loob ng 30 araw mula sa iyong kahilingan.

Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong, mangyaring tawagan kami sa **(800) 863-4155**. Narito kami upang tulungan ka mula Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m hanggang 5 p.m. Ang mga user ng TTY ay maaaring tumawag sa California Relay Service sa **(800) 735-2929** o tumawag sa **711**.